LA PRIMA ESTIRPAZIONE COMPLETA DI UN UTERO CANCEROSO

ESEGUITA IN FIRENZE DAL DOTT. **ADOLFO PAGGI**

La mattina del dì 9 del mese di settembre decorso, nel Regio Arcispedale di Santa Maria Nuova in Firenze, si adunava un consulto, nel quale, insieme alle Autorità ospitaliere, intervenivano i Chirurghi primarii, o, come qui si chiamano, i Maestri di turno, il Dott. C. Frascani, il Prof. T. Rosati ed il Prof. G. Del Greco. Ecco la istoria che io leggeva in quella mattina:

Filomena Brogi di Prato, d'anni 45, attendente a casa, fu ammessa in questo Arcispedale il dì 21 del mese di agosto. È affatto immune da precedenti gentilizi degni di nota: il padre morì di volvulo o di intasamento intestinale; fu esclusa però qualunque affezione cancerosa. La madre era sana, piccola di statura, per lo che a tutti i parti dovè subire un'operazione ostetrica, la qualcosa tuttavia non le impedì di dare alla luce 12 figli, e a 45 anni morì di febbre puerperale. L'ammalata non sa dirci nulla intorno agli avi materni o paterni. Ha un fratello e quattro sorelle viventi ed in ottima salute; gli altri morirono nell'infanzia ad eccezione di una sorella, che morì tisica all'età di 18 anni.

La nostra donna ha avuto il vaccino inoculato; è stata sempre sana e non è andata soggetta neppure agli esantemi proprii della prima età. Mestruata tra i 13 ed i 14 anni, ha avuto sempre, ed ha tuttora regolare per quantità, qualità e periodo il flusso catameniale. Si maritò a 19 anni ed ebbe 3 figli: non ha mai abortito. Le gravidanze, i puerperii e gli allattamenti hanno avuto un decorso normalissimo. Da giovane era grassa e vegeta, ma in seguito, per i mali trattamenti del marito, la sua salute ebbe alquanto a soffrirne. Però da 13 anni a questa parte ella vive separata dal suo consorte e d'allora le condizioni della sua salute sono assai megliorate, sebbene da cinque mesi sia andata incontro ad un leggiero grado di dimagramento. Da 3 anni soffre di scolo leucorroico abbondante, che da un anno si è fatto fetido. Fra una mestruazione e l'altra non si è mai verificato il benchè minimo stillicidio sanguigno dai genitali, nè mai si sono avuti dei dolori riferibili all'utero, se si fa eccezione di alcuni lievi dolori intermittenti svegliatisi in questi ultimi giorni dacchè è stata praticata la sondatura uterina.

La Brogi è di statura media; di sviluppo scheletrico regolare, ha i muscoli sufficientemente sviluppati; il pannicolo adiposo sottocutaneo è piuttosto scarso. Il colorito della pelle è bianco pallido; i capelli e gli occhi sono castagni. I denti sono in buono stato; ne mancano tre. La lingua è umida, di colorito roseo.

L'ispeziono e la palpazione, la percussione e l'ascoltazione, sì del torace che del ventre, nulla ci offrono di anormale; i polmoni sono sanissimi, ed al cuore si nota soltanto in corrispondenza del focolajo aortico un leggiero soffio sistolico, dolce, che si propaga alle carotidi, un soffio anemico. Le pareti addominali solcate da numerose vibici sono abbastanza cedevoli, fatto che giova notare e che può essere di qualche utilità nel caso nostro; del resto gli organi contenuti nella cavità del ventre sono di volume ordinario. All'inguine non si hanno induramenti glandulari caratteristici. Le funzioni digestive si compiono regolarmente nella nostra donna; l'appetito è discreto, e la defecazione costituita da materie figurate, è normale. Infine l'analisi delle orine ci mostra che in esse non si ha la presenza di alcun materiale insolito. Venendo ora all'esame di ciò che più importa nel caso nostro, all'esame cioè degli organi genitali, diremo che l'ostio vaginale e la vagina sono assai ampii e dilatabili ed ammettono facilmente l'introduzione di grossi speculi e di larghe doccie. Nulla di notevole nei cul di sacchi vaginali. Il collo dell'utero è sostituito quasi in totalità da una massa grossa, dura, informe, frastagliata, la quale manda un piccolo lembo o propaggine sul cercine vaginale a sinistra. Il corpo uterino è liscio e regolare, e sì colla palpazione bimanuale che coll'isterometro, si mostra di volume press'a poco normale; la sonda penetra per sei centimetri e mezzo. I rapporti di posizione dell'utero coll'asse del bacino, e del corpo uterino col collo, sono press'a poco normali. Il riscontro inoltre ci fa rilevare tre cose importantissime e cioè: che i tessuti peri-uterini sono integri; che le glandule pelviche sembrano sane, e che la matrice gode di molta mobilità. Il riscontro rettale e la sondatura vescicale non ci offrono alcun dato o schiarimento, che meriti di esser riferito. L'esame collo speculo ci conferma ciò che avevamo avvertito col riscontro. La diagnosi di questo caso non si fonda che sui dati fisici, essendo affatto negativi i segni anamnestici, indiretti o razionali. L'esame digitale non ci permette di pronunziare altro giudizio diagnostico che quello di *epitelioma del collo uterino con propagazione limitata al cercine vaginale a sinistra.*

Stabilita così la natura e la sede del processo patologico, qual'è il compenso terapeutico, al quale dobbiamo ricorrere? La distruzione della massa morbosa, sia col raschiamento, sia con caustici potenziali, o col cauterio attuale, è stata consigliata ed usata contro il cancro del collo dell'utero, ma noi tutti sappiamo quali siano i resultati ottenuti. Essa può usarsi come mezzo di cura palliativa, ma non già come cura radicale. Parimente l'amputazione della porzione vaginale del collo uterino, fatta sia coll'ansa galvanica, sia col termo-cauterio, sia coll'*écraseur,* sia con altri mezzi, e l'amputazione infundibuliforme alla maniera dello Schroeder non costituiscono certamente un metodo di cura radicale, sebbene non siano affatto scevri da pericolo. Inoltre ci par

dubbio che essi mezzi possano esser posti in pratica nel caso nostro, in cui il male si estende in parte al cercine vaginale. Ed anco se ciò non fosse, non dobbiamo dimenticare le importanti ricerche del Martin e del Liebmann, le quali hanno provato che anche per quei casi in cui l'affezione sembrava circoscritta all'orificio esterno del collo uterino, pure al microscopio si osservarono zaffi cancerigni invadenti il corpo e talora già arrivati al fondo; circostanza anatomo-patologica di sommo momento, che vale a spiegarci come amputata od altrimenti distrutta la cervice uterina invasa da cancro, ordinariamente non si hanno che pause passeggiere e la malattia ripullula sul moncone (1). Dato un carcinoma uterino, dice il Bottini, per quanto possa apparentemente sembrare limitato, l'unico compenso razionale, se operabile, è l'esportazione di tutto l'organo, come dato un nodo canceroso alla mammella il compenso più razionale è la demolizione dell'intera glandula. Supponendo che la proposta estirpazione totale dell'utero venga da Voi favorevolmente accolta, qual'è il metodo, quale il processo, cui dobbiamo dare la preferenza? Il metodo addominale, o del Freund, offre certamente grandi vantaggi:

1° esso permette all'operatore di verificare il grado di mobilità dell'utero, l'estensione del male, delle aderenze e dell'infezione glandulare locale;

2° permette meglio di evitare l'emorragia, e, se avvenisse, di arrestarla;

3° con questo metodo, la vescica, il retto e gli ureteri sono meno esposti ad esser lesi.

Ma il metodo addominale comunque modificato ci obbliga sempre a fare una grande apertura nel ventre, la quale ha dei gravi inconvenienti, e cioè:

1° il raffreddamento dei visceri addominali, e la prolungata esposizione del peritoneo e delle intestina;

2° l'estesa e prolungata lesione del peritoneo;

3° la difficoltà, e in taluni casi anche l'impossibilità, di condurre a termine l'operazione.

Il metodo vaginale invece offre grandi vantaggi:

1° la durata dell'operazione è abbreviata. (È vero che neanche col metodo vaginale si può in molti casi terminare l'operazione in mezz'ora, ciò che il Fritsch chiama un *desideratum*, ma non

(1) Bottini.

si giunge mai alla durata delle operazioni eseguite col metodo del Freund, che è stata talora di 2 ore, di 2 $^1/_2$, di 3 ed anche più);

2° il ventre non è largamente aperto ed i visceri addominali non rimangono esposti. (Così è tolta una delle principali cause di shock, come è stata dimostrato dal Gutsch);

3° l'emorragia è minore, (per le più limitate lesioni di continuo e per la maggiore brevità dell'operazione);

4° è evitata l'infezione di altre parti nel compiere l'operazione, poichè, sollevando l'utero canceroso ed esportandolo per l'apertura addominale, possono cadere elementi di facile riproduzione sopra una superficie di lesa continuità.

Anche le statistiche parlano grandemente in favore del metodo vaginale. In fatti da un quadro da me raccolto un anno fa resulta che la mortalità nei casi operati col metodo addominale è di circa 72,5 per 100; mentre per quelli operati col metodo vaginale la mortalità è di 41,8 per 100. Tali erano i resultati statistici di un anno fa; però, come accade di ogni operazione recente, questi resultati sono oggi grandemente megliorati. In un articolo inserito nell' *American Journal of the Medical Sciences* di questo anno si riporta un quadro di 45 operazioni eseguite col metodo vaginale: le guarigioni sono 31; le morti 11; ciò costituisce una mortalità di 24 per 100. Se a questo quadro si aggiungono i recenti casi fortunati del Fenger, del Bottini, del Solovioff e di altri, vedremo che la mortalità nei casi di estirpazione d'utero per la via della vagina è oggi ridotta al 15, o tutt'al più, al 20 per 100. E quando si pensa che questa operazione è diretta contro una malattia necessariamente micidiale, quando si pensa alla lunga serie di sofferenze, che devono attraversare queste ammalate, dobbiamo congratularci pei resultati ottenuti. E siccome nel nostro caso, a fronte di un male abbastanza limitato, di un utero mobile e poco voluminoso, abbiamo favorevoli le condizioni generali della donna, noi insistiamo nella proposta di praticare per la via della vagina la totale estirpazione del viscere ammalato. In quanto alla possibilità della recidiva diremo che il pericolo di questa sarà molto minore con l'estirpazione totale del viscere che con la parziale amputazione di esso, e che d'altronde di fronte alla gravità del male, contro cui è diretta, l'estirpazione totale dell'utero dovrebbe, come dice lo Schroeder, eseguirsi anche se la recidiva avvenisse 5 volte su 6, poichè essa è l'unica àncora di salvezza. « La morte, così scriveva 50 anni fa il Blundell, è di

fronte alla paziente, la malattia è dietro ad essa; l'operazione è la sola via di salute. »

Alla lettura della istoria e delle relative considerazioni tenne dietro una lunga discussione fra i Consulenti, portando gli uni argomenti in favore, gli altri argomenti contro l' estirpazione dell'utero in genere; tutti però, in conclusione, convennero nel ritenere il caso sottoposto al loro giudizio come tipico per l'operazione proposta e ne approvarono l' esecuzione.

I giorni successivi al consulto furono impiegati nel preparare l'ammalata. Vennero praticate delle irrigazioni vaginali tiepide e leggermente fenicate; la vagina fu dilatata con palle di gomma gonfiate ad aria (*colpeurynter*); furono fatti fare all'ammalata dei bagni generali; alla vigilia dell'operazione fu purgata e poche ore prima di esser condotta nella sala operatoria le venne amministrato un clistere.

La mattina del 18 settembre decorso alle ore 8 $^{1}/_{2}$ la paziente fu vestita con acconci abiti di flanella e fu trasportata nell' anfiteatro della Clinica Chirurgica gentilmente concesso dal Prof. G. Corradi, anfiteatro che era stato convenientemente disinfettato e riscaldato. In mancanza di una tavola operatoria adattata, posi l'uno accanto all'altro due comuni tavolini da studio lunghi circa un metro ciascuno, e, copertili con coltroni e con tele impermeabili, feci adagiare la paziente sopra di essi. Il Dott. Superno fu incaricato dell' amministrazione del cloroformio. Tostochè l' anestesia fu completa ritirai il tavolino anteriore, quello sul quale posavano i membri inferiori, che affidai ai Dottori Lensi e Paladini dopo aver flesse le gambe sulle coscie e queste fortemente sul bacino. In tal guisa le natiche si trovavano sull'orlo anteriore libero del tavolino e il perineo e la vulva vennero a sporgere al di fuori di esso. Allora con un grosso *colpeurynter* cercai di aumentare viepiù la dilatazione del canale e dell' ostio vaginale: quindi, sperando di ottenere quella ischemia vantata dal Courty e da altri, praticai in vagina una irrigazione fenicata ben calda, e vuotata la vescica urinaria, applicai la più larga delle docce del Corradi.

Debbo notare che alla mia destra stava il Dott. Frascani Maestro del turno in cui venne accolta la malata, dietro di me, ed un po' a sinistra ed in alto, stava un polverizzatore a vapore di Marr col getto diretto verso il campo operatorio; lateralmente

a sinistra poi stavano sopra una piccola tavola gli istrumenti, che avevo avuto cura di ungere con dell'olio fenicato. Nel piano inferiore di questa tavola si trovava una catinella contenente una soluzione fenicata al 5 per 100, nella quale a più riprese durante l'operazione mi lavai le mani.

Messo adunque allo scoperto con la doccia il collo dell'utero, e afferratolo momentaneamente con una pinzetta del Museux, per mezzo di un ago ricurvo e smusso sui lati, che appositamente aveva fatto costruire, tentai di traversare il collo uterino più in addietro che fosse possibile. Quest' ago dalla larga cruna portava seco un nastro della larghezza di circa un centimetro. Per la curva dell'ago, non molto adatta alla grossezza del collo, trovai una certa difficoltà al passaggio di esso, e, come vedremo, non tutto il collo fu da quello attraversato, ma soltanto il labbro anteriore: tuttavia il nastro così passato servì di valida presa e agevolò molto i movimenti dell'utero senza ingombrare l'abbastanza ristretto campo operatorio. Annodato questo nastro ed affidatolo al Dott. Paladini, passai allora alla parte più delicata dell' operazione, al taglio dei cul di sacchi. Mentre l'ajuto stirava l'utero in avanti e in alto, presa una piega di vagina con un paio di pinzette a denti di lupo, praticai nel cul di sacco posteriore un' incisione semiellittica con un coltello arrotondato e tagliente alla sua estremità. Questo coltello da me immaginato riuscì di grande utilità e credo doverlo raccomandare, imperocchè un coltello ordinario anche molto panciuto offrirebbe grande difficoltà nei movimenti in un campo così angusto, com' è quello, nel quale siamo costretti a operare eseguendo l' isterectomia per la via vaginale. Praticata l' incisione nel cul di sacco posteriore cercando di stare col tagliente più addosso all' utero che fosse possibile ed aperto il peritoneo, feci un' incisione simile nel cul di sacco anteriore: quindi con due dita introdotte nell'apertura anteriore tentai di far fare all' utero il capitombolo in addietro. Ma non riuscendomi per il volume del corpo uterino, il cui fondo non raggiungeva colla estremità delle dita, di eseguire tal movimento, introdussi alcune dita nell'apertura posteriore: così mi riuscì di adoprare più forza e di portare il fondo dell'utero attraverso l'apertura anteriore. Il viscere non fece il capitombolo completo, ma venne a prendere la direzione della vulva, talchè, mentre il fondo uterino trovavasi alla parte superiore dell'apertura vulvare, il collo guardava la forchetta. Allora con un ago, a cui era infilato un robusto filo di seta, attraversai il fondo

dell' utero e così ebbi un nuovo mezzo per esercitare all' occorrenza una valida trazione all' esterno.

Frattanto però, essendosi mostrati i ligamenti larghi, non mi curai di spingere oltre la trazione e completare così il capitombolo, tanto più che si sarebbe potuto temere la infezione delle parti cruenti prodotta da particelle del neoplasma impiantato sul collo. In questo momento adunque l' utero si trovava tutto al difuori della vulva e sospeso come un orologio a polvere agli avanzi dei cul di sacchi laterali e ai legamenti larghi. Spiegato da prima il peduncolo di destra, lo attraversai con un ago del Peruzzi e lo compresi in una doppia legatura con robusto filo di seta fenicata avendo cura che le due anse fossero tra loro incrociate; quindi tagliai due estremi del filo e con gli altri due feci una legatura circolare precisamente come si usa nei peduncoli ovarici; applicai una robusta pinzetta di Spencer Wells (nuovo modello) sui legamenti larghi in prossimità della loro inserzione sull' utero, e tagliai fra essa e la legatura. Praticata la stessa cosa per il peduncolo di sinistra, l' utero si trovò libero e cadde fra le mie mani. Dal peduncolo di sinistra venendo ancora qualche goccia di sangue fui obbligato ad adoprare il termo-cauterio del Pacquelin; e, nonostante questo, non essendo molto tranquillo sull'emostasia, applicai nel fondo della vagina un pezzo d' inceratino forato, che cuopriva la parte alta della vagina rimasta vuota e scendeva sui lati di essa; quindi praticai il tamponamento vaginale con tamponi di cotone al timolo legati con lunghi fili di seta. Posta al davanti della vulva una fascia di flanella così detta *a corpo*, feci ricondurre la malata nel suo letto.

L' operazione, compresa la dilatazione, l' irrigazione vaginale e la medicatura, aveva durato un' ora e mezzo.

L'anestesia era riuscita alquanto irregolare, imperocchè o la respirazione si sospendeva, o, eccitando l' ammalata e cessando l' amministrazione del cloroformio, di un tratto svegliavasi. Non si ebbe però nè vomito, nè protusione delle intestina attraverso l' apertura del fondo vaginale. Infine il sangue perduto dalla donna può calcolarsi a pochi grammi.

Subito dopo l' operazione si ebbero dei fenomeni di shock, ma non appena fu riscaldata ed ebbe ingerito un po' di cognac, la malata si riebbe, il calore si fece normale, il volto perse il colorito cianotico, i polsi si fecero pieni e regolari.

Il primo fenomeno accusato dall' operata allo svegliarsi dal sonno cloroformico, fu un dolore abbastanza vivo localizzato al

bassoventre. All'infuori di questo dolore, che io attribuiva alla costrizione prodotta dai lacci, null'altro di notevole vi fu da registrare nel corso della giornata; nella notte però il dolore si fece molto più intenso e comparve un lieve grado di meteorismo, onde e per queste ragioni e per calmare la grande agitazione dell'inferma, le amministrai prima dei piccoli clisteri laudanizzati e poi una pillola d'oppio per la via dello stomaco: sul ventre fu applicata una vescica con ghiaccio. La mattina del giorno seguente avevo in animo di rinnuovare la medicatura, ma le condizioni della donna fattesi allora più gravi non mi parve lo consentissero. Infatti la smania era aumentata, si avevano frequenti vomiturizioni, i polsi si erano fatti piccoli, vuoti e frequentissimi. Furono dati all'ammalata dei pezzetti di diaccio, dell'acqua di Seltz, del brodo ristretto e del cognac, e finalmente, vista l'intolleranza dello stomaco, le fu amministrato un clistere nutritivo secondo la formola dello Spencer Wells (brodo, cognac e rosso d'uovo). Dopo di ciò si ebbe un notevole miglioramento: cessarono i dolori, il meteorismo diminuì, il volto si fece più colorito, i polsi più sostenuti. Verso l'imbrunire però si ebbe un riaffacciarsi repentino dei fenomeni sopraddetti ed alle 6 pom. (32 ore dopo l'operazione) la malata cessava di vivere.

L'operata fu siringata varie volte; l'orina raccolta era normale per qualità, ma scarsissima per quantità. La temperatura raggiunse il massimo di 38°,2 C. nella mattina del secondo giorno.

21 settembre 1882 — *Esame del cadavere.*

Sezione eseguita 39 ore dopo la morte (1). — Il cadavere è ben conservato, con pelle di colorito cereo; ipostasi appena appena accennate e leggerissima distensione del ventre: del resto il cadavere è ben nutrito e regolarmente conformato. Persiste tuttora in parte la rigidità cadaverica agli arti inferiori.

Cranio. — Nulla di notevole nella cavità cranica.

Torace. — Nella cavità pleuritica destra poco siero limpido: la cavità pleuritica del lato opposto è completamente obliterata da connettivo a larghe maglie facile a lacerarsi. Polmoni piccoli, poco distesi da aria, specialmente nel lobo inferiore: il parenchima polmonare nei lobi menzionati è ingorgato e alquanto edematoso: all'apice e lungo il margine anteriore, lieve enfisema vescicolare. Del resto nessun segno che accenni a infezione pioemica o setticoemica. Bronchi sani. Circa una cucchiaiata di siero limpido nel pericardio.

(1) La necroscopia fu eseguita sotto la direzione del Dott. Brigidi aiuto alla cattedra d'Anatomia Patologica.

Cuore fermo in diastole, sano nei suoi orifizii ed apparecchii valvolari, con miocardio ben sviluppato e di colorito roseo carneo.

Addome. — Sul peritoneo, tanto parietale quanto viscerale, debolissimi arrossamenti flogistici con una sottile spalmatura di essudato fibrino-purulento. Le accennate alterazioni sono specialmente sensibili sugli organi situati nel piccolo bacino o nelle parti adiacenti (anse intestinali dell' ultima porzione dei tenui, vescica, retto, cieco, S iliaca). — Remossa la matassa intestinale, la quale era leggermente distesa da gas, e portata la nostra attenzione sulla soluzione di continuo prodotta per l' isterectomia in tempo di vita, si è trovato che la medesima era otturata da un pezzo d' inceratino e da una serie di tamponi, che da questo punto si estendevano fin presso la vulva. Remossa questa medicatura si è trovato che dal lato destro al di dietro della legatura eran rimasti la tuba e l'ovaio; che a sinistra nel luogo di queste parti si trovava un peduncolo formato dai resti del ligamento largo e sul quale ugualmente era stato passato un doppio laccio; che la vescica e gli ureteri non erano stati per niente offesi e che il retto pure era integro nelle sue pareti ed in tutta la sua lunghezza. Per avere una riprova dell' integrità sia degli ureteri che della vescica, abbiamo iniettato per i primi una quantità di acqua sufficiente a distendere la vescica fino a raggiungere il volume di una testa di feto. La superficie traumatica apparisce spalmata da un sottile strato di sangue: una certa quantità di sangue pure si trova infiltrata nel tessuto sotto-sieroso e maschera i fenomeni di reazione, che però non dovevano essere molto pronunziati argomentandolo dalla mollezza, dalla elasticità e dalla consistenza dei tessuti tagliati, non che dalla mancanza di un marcato turgore. La vagina comunicava largamente colla cavità addominale e si vedeva tagliata circolarmente poco al disotto del collo vescicale. Tanto essa quanto le glandule iliache apparivano perfettamente sane. Negli altri visceri della cavità addominale nulla degno di nota.

Esame del viscere estirpato.

L' utero è un terzo più voluminoso e di forma più globosa del normale, col collo più lungo, più grosso e più duro del consueto. — L'orificio uterino si trova nascosto da un tumorotto grosso quanto una noce avellana, globoso, di superficie leggermente ineguale, fortemente arrossato e duro in ogni punto al tatto. Per i tre quarti della sua base è circondato dai margini ingrossati ed extroflessi dell'apertura uterina, in guisa da imitare un glande col prepuzio ritirato indietro. A destra per l'altro quarto la base del tumore si continua nella vagina per circa mezzo centimetro senza limiti ben marcati: l' incisione però è caduta al di là di questo limite per altrettanto spazio. Alla base del tumore si vede passato un nastrino ad ansa. Un'altra ansa di filo si vede passata nel corpo uterino verso il fondo del viscere. Sul lato destro si vede mancare tutto il legamento largo salvo un piccolo peduncolo all'origine della tuba e del legamento rotondo. Dal lato sinistro invece sono rimasti questi organi, i quali insieme all'ovaio si trovano ripiegati e adesi al corpo uterino per mezzo di robuste membrane di tessuto

connettivo; la tuba è chiusa all'estremità frangiata e presenta una lievissima distensione idropica. Spaccato l'utero con un'incisione mediana sulla faccia posteriore, vedesi la cavità uterina leggermente ingrandita colla muccosa tumefatta e finamente iniettata. La cavità predetta misura 6 $^1/_2$ centimetri. — Dallo spaccato si vede che l'aumento di volume del corpo uterino è dovuto principalmente all'ingrossamento delle sue pareti misurando nel collo 2 centimetri e nel corpo 2 $^1/_2$ centim. Esternamente la lunghezza dell'utero è 9 centimetri.

Presi dei pezzetti nel luogo del tumore, nella porzione di vagina esportata, nella muccosa e nelle pareti del corpo, dopo essere stati induriti nell'alcool sono stati esaminati al microscopio. Nel tumore si è avuta la tessitura propria dei carcinomi duri; un'analoga alterazione si è trovata nei preparati fatti col frammento di vagina. Nei preparati di muccosa si è notato un ingrandimento delle glandule con un infiltramento piuttosto copioso di piccole cellule rotonde negli strati più prossimi alla superficie, in modo tale da assumere l'immagine di un tessuto di granulazione. Le pareti del corpo non hanno mostrato alcuna alterazione apparente. Nei preparati fatti col tumore le immagini erano differenti a seconda della profondità, a cui si esaminava il tessuto. Alla superficie incominciava ad accennarsi una formazione a papilla; al disotto si vedevano delle grandi nidiate di cellule piane poligonali a grosso nucleo alcune circolari ed altre allungate. Le nidiate erano fra di loro anastomizzate e separate da grosse trabecole di connettivo fibroso. Mancavano per altro le perle o globuli concentrici soliti a riscontrarsi nelle forme cancroidee. Più profondamente si trovava un tessuto di granulazione e fra mezzo ad esso qua e là qualche cul di sacco glandulare rivestito da epitelio cilindrico. Alcune di tali glandule erano vuote ed altre ripiene di materia essudativa granulosa. I singoli elementi dell'epitelio cilindrico erano molto voluminosi e con protoplasma torbo in modo da non lasciar distinguere il nucleo senza l'azione dell'acido acetico. In alcuni il nucleo appariva in via di divisione.

Qual fu la causa della morte della nostra operata? Non fu certamente l'emorragia, poichè, come abbiamo detto, pochissimo fu il sangue perduto durante l'operazione e perchè non ne fu trovato nel bacino neanche all'autopsia. Non fu dovuta neppure al cloroformio, perchè la malata si destò presto e interamente dal sonno anestesico. Può la morte attribuirsi a setticemia? No, perchè essa avvenne troppo rapidamente; no, perchè mancò il brivido caratteristico; no, perchè il reperto anatomico è su questo rapporto assolutamente negativo. Contro lo shock sta la mancanza di continuità e di lento progredire dei fenomeni, che anzi nel caso nostro si ebbe ben presto regolarmente riattivato il circolo sanguigno ed anche innalzamento della temperatura. La peritonite era lieve e circoscritta in modo che lo stesso Dott. Brigidi ritenne

non potere aver da sola prodotta la morte, la quale forse più che da un'unica alterazione dipese dal complesso delle cause sopradette, cosicchè, attribuendo alla prolungata anestesia ed al traumatismo operatorio la parte loro dovuta, facilmente capiremo come l'aggiungersi della peritonite abbia dato il tratto alla bilancia.

Nonostante l'esito disgraziato sortito da questo caso non mi periterei, quando si presentasse l'occasione, a ripetere la estirpazione completa dell'utero affetto da cancro, e, quando le circostanze fossero favorevoli, presceglierei il metodo vaginale. Non mi nascondo che l'operazione da me eseguita ha avuto una durata assai lunga, ma ciò deve attribuirsi non al metodo, non al processo messo in pratica, ma sibbene al volume del corpo uterino e alla difficoltà offertasi nell'eseguire il capitombolo del viscere. Di una cosa sola io credo dovermi pentire, di non aver cioè praticato il drenaggio e le irrigazioni vaginali tanto vantate dal Billroth e dal Bardenheur; ma le circostanze s'imposero e il timore dell'emorragia m'impedì di porre in opera il piano stabilito. Aveva infatti pensato di porre nel fondo della vagina un largo pessario ad anello del Du Montpallier ritenuto da due nastrini ed involto in una rete di catgut, la quale si opponesse al prolasso degli intestini, e quindi praticare in vagina delle frequenti irrigazioni disinfettanti. Se poi un'altra volta dovessi accingermi all'isterotomia per la via vaginale, eseguito il capitombolo dell'utero e portato tutto il viscere al di fuorî della vulva, praticherei la divisione di esso lungo il piano longitudinale per mezzo dell'ansa galvanica od altrimenti, come è stato consigliato dal Prof. Corradi nel suo metodo misto, allo scopo di rendere più libero il campo operatorio e agevolare l'applicazione delle legature sul peduncolo che viene assicurato per il primo. Infatti nel nostro caso, mentre riuscì difficile e laboriosa la legatura del peduncolo di destra, facilissima invece riuscì quella del peduncolo di sinistra, che fu praticata dopo aver separato l'utero dai suoi attacchi del lato opposto.

Prima di finire sento il dovere di esprimere la mia gratitudine verso l'egregio Dott. Frascani, alla cui gentilezza debbo l'avere eseguito la descritta operazione.

Estratto dal Giornale Medico Lo Sperimentale - Novembre 1882.
Firenze — Tipografia Cenniniana